·论著·

区域卫生协同发展评价指标构建

史晓晓[1,2]，石建伟[3]，金花[1,2]，张倩倩[1,2]，于德华[1,2*]

【摘要】 **背景** 区域卫生协同发展通过构建结构合理、功能到位的区域协同体以提供连续性医疗服务，通过充分开展资源整合和信息共享，发挥区域内医疗中心和社区卫生服务中心的服务特色和专长，可起到真正优化资源配置的目的。现存区域卫生协同发展评价指标以结果类为主，相对单一，缺乏系统性，需开展相关研究，填补该领域缺陷。**目的** 本研究拟构建区域卫生协同发展评价指标体系，为区域协同发展能力评价提供科学依据。**方法** 通过文献分析、半结构化访谈等研究方法收集区域卫生协同发展要素，初步构建评价指标体系。随后分层抽取上海市熟悉区域卫生协同的相关专家（来自全科医学、医学教育、行政管理、公共卫生管理领域）19 例作为函询对象，于 2020 年 12 月至 2021 年 3 月运用德尔菲法对其进行两轮函询，并采用层次分析法评价各级指标权重、检验各级指标逻辑一致性，最终确立区域卫生协同发展的评价指标体系。**结果** 两轮专家函询问卷的有效回收率分别为 95.0%、100.0%，专家权威系数分别为 0.87、0.92。初步构建的区域卫生协同发展指标体系由 4 个一级指标、12 个二级指标和 31 个三级指标构成。4 个一级指标的权重分别为 0.387、0.296、0.187、0.130。各层级指标的一致性比率均 <0.100。**结论** 初步构建的区域卫生协同发展评价指标体系具有较强的科学性和实用性，可以发现服务于社区卫生服务中心的协同模式的问题与不足，为下一步指导区域模式实践工作奠定理论及实践基础。

【关键词】 区域卫生协同发展；社区卫生服务；结果评价，卫生保健；健康不平等；指标体系

【中图分类号】 R 197 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0745

【引用本文】 史晓晓，石建伟，金花，等．区域卫生协同发展评价指标构建［J］．中国全科医学，2023.［Epub ahead of print］DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0745.［www.chinagp.net］

SHI X X，SHI J W，JIN H，et al. Development of the coordinated regional health development assessment system［J］. Chinese General Practice，2023.［Epub ahead of print］

Development of the Coordinated Regional Health Development Assessment System

SHI Xiaoxiao[1,2]，*SHI Jianwei*[3]，*JIN Hua*[1,2]，*ZHANG Qianqian*[1,2]，*YU Dehua*[1,2*]

1.Department of General Practice，Yangpu Hospital，Tongji University，Shanghai 200090，China

2.Shanghai General Practice and Community Health Development Research Center，Shanghai 200090，China

3.School of Public Health，Shanghai Jiao Tong University，Shanghai 200025，China

[*]Corresponding author：YU Dehua，Professor/Chief physician/Doctoral supervisor；E-mail：ydh1404@sina.com

【Abstract】 **Background** Coordinated regional health development aims to optimize resource allocation by constructing a well-structured and functional regional collaborative system to provide continuous medical services，and to leverage the unique features and strengths of medical centers and community health centers within a region via fully integrating resources and sharing information. However，current available systems for assessing coordinated regional health development mainly focus on outcomes，which are relatively non-diversified and unsystematic，thus further research is required to fill this gap. **Objective** We aimed to construct an evaluation system for coordinated regional health development，to provide scientific evidence for evaluating the coordinated development capacities of regions. **Methods** We collected essential factors related to coordinated regional health development through a literature review and semi-structured interviews，and used them to construct a draft version of the Coordinated Regional Health Development Assessment System（CRHDAS）. Then we selected 19 experts who were familiar with coordinated regional health development（engaging in general medicine，medical education，administrative management，and public health management）from Shanghai using stratified sampling to attend two rounds of online combined

基金项目：上海市卫生健康委员会青年课题（20194Y0466）；上海市医院协会青年课题（Q2021060）；杨浦区中心医院学科带头人攀登计划（Ye2202103）

1.200090 上海市，同济大学附属杨浦医院全科医学科 2.200090 上海市，全科医学与社区卫生发展研究中心 3.200025 上海市，上海交通大学公共卫生学院

[*]通信作者：于德华，教授 / 主任医师 / 博士生导师；E-mail：ydh1404@sina.com

本文数字出版日期：2023-04-13

with offline Delphi questionnaire surveys from December 2020 to March 2021 to determine the weights of the indicators and test the logical consistency of the weights of indicators at each level using Analytic Hierarchy Process. After that，we established the final version of CRHDAS. **Results** The effective response rate and authoritative coefficient were 95.0% and 0.87，respectively，for the first round of survey，and were 100.0% and 0.92，respectively，for the second round of survey. The CRHDAS consists of four first-level indicators（with corresponding weights of 0.387，0.296，0.187 and 0.130），12 second-level indicators，and 31 third-level indicators. The consistency ratios for the weights of three levels of indicators are <0.100. **Conclusion** The CRHDAS is of high-level scientificity and practicality，which can help identify problems and deficiencies of the collaboration mode between community health centers，providing a theoretical and practical basis for guiding coordinated regional health practice in the future.

【Key words】 Coordinated regional health development；Community health services；Outcome assessment，health care；Health inequities；Index system

改革开放以来，医疗体制改革也在不断深化，在此过程中，研究各个层级的医疗机构的定位，促进分级诊疗制度的推行，促进合理就医局面的形成，推动中国健康事业发展，成为了医疗体制改革的重点[1]。上海市在提升慢性病管理、健康教育能力的同时，将深化现阶段医疗卫生体制改革的工作重点转向区域性医疗中心建设。区域性医疗中心建设作为实现分级诊疗制度的重要抓手，在建立卫生资源广覆盖、满足人民群众对常见病多发病诊疗需求和提高基层医疗卫生机构医疗技术能力等方面具有重要且关键的作用。2019 年 11 月，上海市政府发布《关于提升区域医疗服务能级 完善分级诊疗制度的实施意见》，首轮推出了 25 家区域性医疗中心，到 2021 年再增加 21 家医疗中心，目标是解决人民群众日益增长的医疗服务需求和医疗资源不平衡、不充分发展之间的矛盾，推动医疗资源科学布局、合理利用，为区域性人民群众提供更高质量、更高水平的均等化、同质化基本医疗服务体系[2]。

区域卫生协同发展指的是在某一特定的区域内，为了实现医疗资源的最充分利用，对医疗资源进行统筹规划，协调区域医疗中心与社区卫生服务中心的合作与发展。区域卫生协同发展应该包括医疗协作、科研合作和人才资源共享等内容[3-4]。区域医疗中心建设指标的评价是一个复杂的过程，目前尚缺乏一套完整的理论研究和考核标准。当前与医疗中心建设相关的指标可归结为几类：关于区域医疗质量的评价指标[5]、医联体绩效评估[6]、医疗费用评价指标[7-8]。经分析对比，发现上述评价指标以“结果”类为主，缺乏“结构”“过程”类的相关评价指标研究，并没有形成区域卫生协同发展的系统性评价指标体系。本研究通过分析上海市区域医疗中心在区域卫生协同发展方面的建设目标和建设内容，采用一定方法对区域性医疗中心的服务能力进行科学化研究，旨在构建一套以“公益性”和“功能定位”为导向的具有系统性、综合性、科学性的区域医疗中心评建指标体系，形成对区域医疗中心的实时、动态评估督导制度，并通过以评促建，为区域内医疗中心的建设提供指导。

1 对象与方法

1.1 形成区域卫生协同发展评价指标体系初稿 于 2021 年 8 月，以“医联体”“医疗协同”“评价体系”“绩效考核”“指标体系”为中文检索词，计算机检索中国知网、维普网和万方数据知识服务平台，获取有关区域卫生协同相关的文献，检索时限为 2010-01-01 至 2021-05-01。了解当前区域卫生协同相关进展，整理评价指标体系，构建评价指标体系理论框架池。于 2020-10-01 至 2021-12-01，采用半结构化访谈模式，选择从事区域医疗中心项目的医生和卫生政策管理者，了解其对评价指标的意见和建议。根据以上结果建立的评价指标体系条目池经由小组讨论，对其进行删减及整合，初步构建区域卫生协同发展评价指标体系。初步构建的评价指标体系由 4 个一级评价指标、11 个二级指标、32 个三级指标构成。

1.2 德尔菲法确定区域卫生协同发展的评价指标体系

1.2.1 拟定专家咨询问卷 将专家咨询所使用的问卷内容设置为以下几项：（1）专家相关信息，包括从业年限、最高学历、职称等。（2）区域卫生协同发展评价指标体系咨询表，各个指标使用 Likert 5 级法进行评价，同时设置修改意见处，以便于专家描述自己对指标的看法并提供修改意见。（3）指标熟知度及评分依据，指标的熟知程度分为 6 个等级，评分依据分为工作经验（0.5、0.4、0.3）和理论分析（0.1、0.2、0.3）、直观感觉（0.1、0.1、0.1）和国际与国内相关文献（0.1、0.1、0.1），并对其分为小、中、大 3 个等级。

1.2.2 遴选咨询专家 选取上海市熟悉区域卫生协同发展的专家作为咨询专家。为了保证函询专家专长领域的全面性与广泛性，函询专家不仅包括全科医学专家，还包括从事全科医学教育的医学教育专家、公共卫生管理专家和负责全科医学相关领域工作的行政管理专家。选取标准为：（1）具有 5 年以上健康管理领域工作经验，对区域卫生协同发展有一定了解；（2）具有大学本科及以上学历，具有副高级及以上专业技术职称；（3）

能够主动根据自身意见参与研究，且能够配合完成专家咨询；（4）深刻地认识并理解其所被咨询的内容。

1.2.3 实施专家咨询 于2020年12月至2021年3月采用改进的德尔菲法进行2轮专家咨询。问卷收集完毕后，通过分析专家意见，对每个指标的的变异系数（*CV*）、重要性赋值均数和满分比进行计算。同时使用界值法对指标进行筛选，将重要性赋值均数≥3.50分、满分比≥20%、*CV*≤0.25作为界值标准。第一轮专家咨询后，结合专家意见，经过小组讨论，删减、调整相关指标内容后，向专家进行反馈，并对调整后的指标体系内容重新打分。

1.3 层次分析法确定区域卫生协同发展的评价指标体系权重 本研究根据专家访谈结果对专家给出的重要性程度数字特征，将平均重要性程度拆分为基础重要性和决策重要性。层次分析法采用9级评分，列出两两比较矩阵，根据决策重要性对两指标相对重要性进行赋值，进行两两比较矩阵的一致性指标——一致性比率（*CR*）的计算，如果*CR*<0.100，则认为矩阵的层次排序的一致性满意。基于专家咨询结果，先使用层次分析法软件建立区域卫生协同发展评价指标的三层结构模型，随后完成层次分析法的咨询问卷设计，咨询指标权重问题。最后通过导入计算专家评分得出权重结果。

1.4 统计学方法 采用Excel 2016和SPSS 23.0软件进行统计分析，计数资料采用相对数表示。专家积极系数=德尔菲访谈有效结果数/纳入的专家人数[9]。专家权威系数=〔专家对问题的判断依据+专家对问题的熟悉程度〕/2，判断依据=理论分析+实践经验+国内外参考文献+主观判断，熟悉程度赋分为很熟悉0.9分、比较熟悉0.7分、一般熟悉0.5分、不太熟悉0.3分、不熟悉0.1分。采用层次分析法确定各级指标权重、检验各级指标逻辑一致性。以*P*<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 咨询专家基本情况 在纳入的20名专家中，最终共有19名专家回复调查问卷。19名专家中，男10名，女9名；从业年限均>10年；本科学历12名，硕士研究生学历4名，博士研究生学历3名；7名专家对该领域很熟悉，12名专家对该领域比较熟悉（表1）。

表1 咨询专家基本信息

Table 1 Basic information of experts attending the Delphi survey

项目	例数
性别	
男	10
女	9
从业年限（年）	
10~19	8
20~29	6
≥30	5
学历	
大学本科	12
硕士研究生	4
博士研究生	3
职称	
中级	5
副高级	6
正高级	8
对该领域熟悉程度	
很熟悉	7
比较熟悉	12

2.2 专家积极程度 第1轮专家咨询（2020年12月至2021年1月）发放问卷20份，回收有效问卷19份，问卷有效回收率为95.0%；第2轮专家咨询（2021年2—3月）发放问卷19份，回收有效问卷19份，问卷有效回收率为100.0%。

2.3 专家权威程度 第一轮专家咨询的判断依据、熟悉程度、权威系数分别为0.84、0.90、0.87；第二轮专家咨询的判断依据、熟悉程度、权威系数分别为0.91、0.93、0.92。

2.4 指标遴选过程 第1轮专家咨询后，一级指标的重要性赋值均数为4.42~4.84分，*CV*为0.08~0.11；二级指标的重要性赋值均数为4.21~4.95分，*CV*为0.05~0.11；三级指标的重要性赋值均数为4.11~4.84分，*CV*为0.08~0.17。根据指标筛选标准、专家咨询及研究小组讨论结果，对指标进行删减和修改：（1）在一级指标下增设2个二级指标，为“全专结合开展社区疾病联合诊疗及预防”“信息系统建立”，未有删除指标。（2）增加三级指标7个，包括“互联网医疗”“协同性医疗服务机制”“建立影像诊断中心和心电图审阅中心”“预约上级医院专家服务”“责任相关者对双向转诊的评价”“社区医师参加培训人数”“指导社区立项课题级别”；未删除指标；修改指标2条，将指标“专家下社区”改为“专家下社区开设教学门诊”和“专家下社区开展教学查房、疑难病例讨论”，“区域内转诊总量”改为“区域内上转和下转总量的变化趋势”。

第2轮专家咨询后，一级指标的重要性赋值均数为4.60~4.93分，*CV*为0.052~0.110；二级指标的重要性赋值均数为4.13~4.83分，*CV*为0.086~0.136；三级指标的重要性赋值均数为4.13~4.86分，*CV*为0.07~0.24。第二轮咨询中，没有专家提出进一步的修改意见。

2.5 最终确立的区域卫生协同发展评价指标体系 最终确立的区域卫生协同评价指标体系由4个一级指标、12个二级指标和31个三级指标构成。指标体系重要性、变异系数、权重及组合权重见表2。指标体系重要性、变异系数、权重及组合权重分析中各层级指标的*CR*均<0.100，说明指标权重设置合理。

表 2 区域卫生协同发展评价指标体系及权重结果

Table 2 The Coordinated Regional Health Development Assessment System and weights assigned to its indicators

指标	重要性赋值（$\bar{x}\pm s$，分）	变异系数	权重	组合权重
组织管理实施	4.93±0.26	0.052	0.387	—
组织架构	4.80±0.41	0.086	0.576	0.223
区域协同发展规划实施	4.80±0.41	0.086	0.161	0.093
协调性医疗服务机制	4.93±0.26	0.052	0.226	0.130
制度建设	4.87±0.35	0.072	0.424	0.164
人员支援激励机制	4.87±0.35	0.072	0.221	0.094
人员支援约束机制	4.33±0.49	0.113	0.165	0.070
区域医疗协同	4.60±0.51	0.110	0.296	—
双向转诊	4.93±0.26	0.052	0.199	0.059
上转与下转接诊状况	4.20±1.01	0.241	0.112	0.022
区域内上转和下转总量的变化趋势	4.93±0.26	0.052	0.084	0.017
责任相关者对双向转诊的评价	4.93±0.26	0.052	0.100	0.020
远程医疗服务平台	4.73±0.59	0.125	0.110	0.033
远程心电、影像、检验检查结果互联互通	4.27±0.46	0.107	0.072	0.008
拥有独立的影像诊断中心、独立的心电图审阅中心	4.20±0.41	0.099	0.069	0.008
远程年度服务量	4.93±0.26	0.052	0.061	0.007
社区对该项目评价	4.73±0.46	0.097	0.094	0.01
全专结合开展社区疾病联合诊疗及预防	4.80±0.41	0.086	0.186	0.055
开展全专结合诊疗情况	4.80±0.41	0.086	0.136	0.025
效果评价	4.87±0.35	0.072	0.159	0.030
区域医疗资源下沉	4.87±0.35	0.072	0.179	0.053
专家下社区开设教学门诊	4.73±0.46	0.097	0.079	0.014
专家下社区开展教学查房、疑难病例讨论	4.87±0.35	0.072	0.096	0.017
社区机构对医疗技术资源下沉做法的评价	4.93±0.26	0.052	0.121	0.022
信息系统建立	4.13±0.52	0.125	0.122	0.036
互联网医疗	4.13±0.35	0.085	0.087	0.011
大型医疗设备检查预约	4.93±0.26	0.052	0.096	0.012
预约上级医院专家服务	4.93±0.26	0.052	0.113	0.014
有序诊疗格局	4.00±0.53	0.134	0.203	0.06
家庭医生签约状况	4.13±0.35	0.085	0.085	0.028
就医流向	4.73±0.59	0.125	0.125	0.032
科研协同	4.80±0.41	0.086	0.187	—
科研合作	4.20±0.56	0.133	0.402	0.075
开展科研讲座	4.87±0.35	0.072	0.072	0.015
社区医生参加培训人数	4.87±0.35	0.072	0.072	0.020
社区作为第 1、2 负责人的协作课题数	4.00±0.38	0.094	0.094	0.041
科研成果转化	4.20±0.56	0.133	0.292	0.055
指导社区立项课题级别	4.80±0.56	0.117	0.117	0.015
发表文章	4.80±0.41	0.086	0.086	0.018
科研获奖	4.80±0.56	0.117	0.117	0.022

（续表 2）

指标	重要性赋值（$\bar{x}\pm s$，分）	变异系数	权重	组合权重
人才培养协同	4.93±0.26	0.052	0.130	—
人才培养策略	4.20±0.41	0.099	0.886	0.115
进修学习	4.20±0.41	0.099	0.099	0.067
继续教育培训	4.13±0.35	0.085	0.085	0.048
社区机构对人才培养的成效	4.20±0.86	0.205	0.556	0.072
社区医师获得区级以上人才培养计划立项数	4.87±0.35	0.072	0.072	0.029
社区医师学历提升	4.80±0.41	0.086	0.086	0.043

注：—表示无此项内容

3 讨论

3.1 区域卫生协同发展评价指标体系构建的重要性和实用性 区域卫生协同统筹规划，可切实有效调整、优化医疗资源结构布局，通过建章立制，使区域内不同类型的医疗卫生机构之间错位发展，形成优势互补的协同机制；提供不同层次的优质的医疗服务，有利于健康推进工作向基层倾斜，使医疗卫生资源上下贯通，促进分级诊疗就医格局形成；通过合理化资源配置，提高整体医疗健康技术服务的能力水平，满足群众健康需求。

区域内三级医院与基层医疗卫生机构协同发展的过程中，双方需要对协同合作具有深刻认识，同时协同效应的发挥有赖于良好协同能力的建立[10]。本研究构建了相应的评价指标体系，该套体系构建的意义在于：（1）总结区域卫生协同发展实践经验。运用评价体系可以全面、直观地了解与评估区域医疗中心与社区卫生服务中心的协同发展现况。上海市目前共建立有 46 家区域医疗中心，各区域医疗中心所协作的社区卫生服务中心更是遍布上海市不同区域，不同的区域间协作发展程度可能不同，彼此间亦或缺乏协同经验交流与联络，而通过运用统一的评价标准，可进行兄弟单位间纵向与横向的比较，进而对协同发展有更为理性的认识，从而规范各自发展路径，真正落实好自身发展定位[11]。（2）为有关行政管理部门提供评价借鉴。通过评价医疗卫生机构的协同服务能力，可筛选出综合能力较强的区级医疗卫生机构，从而可以对其进行优先培养及资源倾斜[12]。（3）深化区域卫生协同发展实践应用。应用评价体系进行评价的过程，实际上也是总结和吸纳协同发展经验的过程，将所获得的经验进行标准化处理后可进一步应用于评价指标体系的修订与完善，让评价者和被评价者都知晓协作过程中的薄弱环节与优势之处，从而有的放矢补短板，真正做到以评促建，深化实践应用。

3.2 区域卫生协同发展评价指标体系结果分析 遵循指标体系的基本构建原则，结合区域卫生协同发展内涵要素的目标要求，本研究在构建评价指标时，参考如下

三方面进行指标构建：（1）合理性原则。从区域内三级医院支持社区的布局出发，确保该体系能够得到清晰合理的设计。（2）系统性原则。区域卫生协同发展立足于社区卫生服务中心的发展需要，对社区扶持采用了三维立体模型，因此本文使用层次分析法设计指标体系，以确保评价体系更全面、更系统。（3）导向性原则。评价指标体系的设计，要反映实现协同效应的实际情况，相互支持，全面提升协同能力。本研究编制的区域医疗中心的区域卫生协同评价指标体系共包括 4 个一级指标、12 个二级指标、31 个三级指标。在 4 个一级指标中，"组织管理实施"所占权重最高，为 0.387；其次是"区域医疗协同""科研协同""人才培养协同"，权重分别为 0.296、0.187、0.130。此结果表明，专家一致认为"组织管理实施"在指标体系中所起的作用最大。区域卫生协同发展是区级医院与社区为共同发展而构建的联合体，其组织管理不同于单个医院的管理，由于牵涉的单位复杂，在运行管理等方面的制度关系到区域卫生协同体的协同能否高效运作，只有协同价值理念，填补制度漏洞，建立权责分明的利益分配机制才能保障区域卫生协同体内个体有效配合，达到"一加一大于二"的效果[13]。有学者提到应该建立理事会和监事会等管理部门协调内外部利益关系，完善医联体管理体制，保障区域卫生协同体内政策的有效性和公平性，避免效率的低下和利益的冲突[14]。在二级指标中，"人才培养策略"权重最高，说明专家对于通过多途径、多层次塑造全科医学人才抱有较大期待。通过区域卫生的人才培养协同模式，为区域内基层医疗卫生机构创新人才队伍建设和人才资源提供支持，是基层医疗卫生机构实现服务能力提升的重要条件。在区域卫生协同体内开展进修学习和继续教育，可以提高临床医师的诊疗水平，为区域卫生协同体储备专业人才，为区域卫生协同体可持续、高质量发展提供人力资源支持。三级指标中，进修学习权重略高于继续教育培训，进修学习和继续教育培训均为提升基层医师，尤其是全科医生能力的重要途径，医学教育是终身教育，地理位置较为接近的区域卫生协同体可以减少时间、空间等因素的影响，提高进修学习和继续教育的普惠性[15-16]。

区域卫生协同发展对提升区域卫生服务质量极其重要，构建评价指标体系对指导区域卫生协同发展有一定的理论和实践意义。本研究构建的关于区域卫生协同发展的评价体系涵盖了医疗、科研、人才培养协同等内容，主要作为系统性的指标体系可应用于上海市区域医疗中心的区域卫生协同的现况评价。

作者贡献：史晓晓负责论文构思、设计与修订，结论分析，论文撰写；张倩倩负责研究的可行性分析及研究方案实施；金花负责数据收集及整理；石建伟负责统计学处理；于德华负责论文的督导与审核。

本文无利益冲突。

参考文献

［1］施泰来，于德华．分级诊疗背景下对区域医疗中心医疗技术服务能力的思考［J］．卫生软科学，2018，32（9）：6-8，15. DOI：10.3969/j.issn.1003-2800.2018.09.002.

［2］上海市卫生健康委员会．上海市区域性医疗中心服务能力标准［EB/OL］．［2022-08-23］．http://wsjkw.sh.gov.cn/yzgl3/20191029/,2019.

［3］于德华，郭旋，傅喆墩，等．基于分级诊疗的区域卫生三维协同模式探讨［J］．中国医院管理，2017，37（5）：3.

［4］于德华，石建伟，张含之，等．我国区域卫生协同发展的突破口剖析［J］．中国全科医学，2016，19（34）：4163-4167. DOI：10.3969/j.issn.1007-9572.2016.34.003.

［5］何思长，赵大仁，孙渤星，等．基于 Topsis 法和 RSR 法模糊联合的医疗联合体实效评价［J］．中国医院管理，36，418（5）：14-16.

［6］方鹏骞，林振威，陈诗亮，等．医联体联动模式及其核心医院改革前后综合效益分析：以武汉市为例［J］．中国医院，2014，18（7）：14-16. DOI：10.3969/j.issn.1671-0592.2014.07.005.

［7］高鹏，范君晖．基于 TOPSIS-RSR 法模糊联合的上海区域医疗联合体实效评价研究［J］．中国医疗管理科学，2018，8（3）：5-10.

［8］徐一楠，辛有清，史培娜．基于 TOPSIS 法的某医院托管改革效果综合评价研究［J］．继续医学教育，2018，32（1）：83-86.

［9］杨森，傅智丽，潘颖，等．全科团队长岗位胜任力评价指标体系的构建及应用研究［J］．中国全科医学，2022，25（7）：874-881，887. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.305.

［10］叶江峰，姜雪，井淇，等．整合型医疗服务模式的国际比较及其启示［J］．管理评论，2019，31（6）：199-212.

［11］王淼，于广军，刘海峰，等．基于云平台的区域医联体信息系统研究与实现［J］．中国医院，2017，21（8）：19-23.

［12］付强，张誉铮．区域性医疗质量管理指标体系构建研究［J］．中国医院管理，2017，37（1）：42-45，49.

［13］姚中进，董燕．医联体建设中的利益协调困境及协同治理机制研究［J］．中国医院管理，2021，41（1）：15-18.

［14］王兴琳，蔡华，严卓然，等．医联体：医疗资源整合下的区域组织实践［J］．现代医院管理，2013，11（4）：8-10.

［15］廖科，刘万平，彭张辉，等．区域医联体对医学继续教育推动作用实例分析［J］．医学教育研究与实践，2020，28（4）：566-569.

［16］邵爱艳，周梦，马梅珍，等．医联体模式下基层医院人员进修培养的实践与探索［J］．养生保健指南，2020，19（28）：281-282.

（收稿日期：2022-10-26；修回日期：2023-04-10）

（本文编辑：张亚丽）